

Dr. Geminiano Bandiera

Infermiere Luca Gelati

Servizio di Emergenza Territoriale, Pronto Soccorso e
Medicina d'Urgenza

P.O. di Mirandola ASL di Modena



La gestione del dolore in Pronto Soccorso: dalla necessità al protocollo e ritorno

Perché un protocollo sul dolore in PS?

Già da anni la “questione dolore” sta affiorando con sempre maggiore evidenza come uno dei principali problemi sanitari ai quali ancora non si è ancora saputo dare una risposta pienamente adeguata. Scriveva Paul L. Marino nel 1998 *“contrariamente alla convinzione generale, il nostro ruolo principale (di noi operatori sanitari, NDT) nel trattamento del paziente non è quello di salvare vite, obiettivo non razionalmente perseguibile, ma quello di alleviare la sofferenza”*. Concetto forte, difficile da accettare, forse. L’Organizzazione Mondiale della Sanità da molti anni insiste sulla necessità del pronto e pieno trattamento di questo sintomo. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti i pazienti vengano valutati per il dolore e che da questa valutazione consegua un adeguato trattamento dello stesso. Tutti gli esperti internazionali convengono quindi sulla necessità e sulla possibilità di misurare il dolore e la Joint Commission Standards della American Pain Society si è spinta ad indicare nel dolore misurato il V° parametro vitale (PA, FC, FR, Sat O2) da rilevare ad ogni passaggio del trattamento di ogni paziente. Orbene, sulla scorta di tutto ciò ma soprattutto vivendo con attenzione umana il quotidiano professionale, ci siamo posti nell’ottica di immaginare un percorso dedicato al paziente con dolore acuto o cronico riacutizzato all’interno del nostro Pronto Soccorso di un centro Spoke. Abbiamo quindi iniziato il nostro percorso, che è tuttora in divenire, pensando ad alcuni aspetti su tutti: la necessità di porre la figura infermieristica al centro della procedura tecnica (il vero centro della procedura in senso lato rimane il paziente), la necessità di un percorso formativo continuo di tutto il personale, la necessità di integrare il nostro operato con quello degli specialisti algologi presenti nella nostra struttura e con quanto già presente sul territorio (medici di medicina generale ed assistenza infermieristica domiciliare, Nodo...), la necessità di operare nella massima garanzia di sicurezza ed infine l’obiettivo più ambizioso cioè quello di sapere rispondere nel miglior modo possibile alle esigenze dell’utente “sofferente” attraverso un percorso che sia efficace ottimizzando le risorse a disposizione. Dalla stretta collaborazione con i colleghi specialisti algologi del Servizio di Anestesia e Terapia Antalgica del nostro Presidio Ospedaliero diretto dalla Dr.ssa Maria Carla Guidi è nata questa nostra procedura.

*“ Il dolore è una esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o comunque descritta in termini di danno”
(International Association for the Study of Pain, 1979)*

L'obiettivo primario della procedura rimane quello di creare un percorso razionale e valicato per il trattamento in Pronto Soccorso del paziente con dolore acuto o cronico riacutizzato, percorso calato nella realtà quanto più possibile e pertanto in grado di ottimizzare le risorse complessivamente disponibili. In estrema sintesi il protocollo elaborato si divide in due grossi tronconi: la gestione del paziente con dolore e la sedo-analgesia pediatrica. Le due procedure condividono molti aspetti avendo comunque finalità leggermente differenti: la prima propone un percorso integrato per la valutazione ed il trattamento del paziente con dolore acuto o cronico riacutizzato (adulto o infante che sia), la seconda propone un percorso ad hoc per il paziente pediatrico che appaia sofferente non solo fisicamente ma anche emotivamente e si propone di trattare l'ansia e prevenire danni secondari da stress emotivo legati alla necessaria procedura medica (sindrome da camice bianco). Vengono individuati i vari momenti di valutazione e trattamento del paziente (ambulanza, triage, ambulatorio, OBI, Medicina d'Urgenza...) e per ciascuno di questi momenti si cerca di definire il "il chi fa cosa e come". Lo spirito ispiratore è quello di poter essere efficaci con il minimo dispendio di risorse e con la massima sicurezza in ogni momento della procedura. Per ogni passaggio viene individuata una figura di riferimento ed è altresì individuata una figura infermieristica di riferimento generale in ogni turno. Il consenso informato è parte integrante di ogni passaggio e particolare enfasi viene data agli aspetti relativi alla educazione sanitaria in senso lato. Tutta la procedura si basa sulla necessità-possibilità di obiettivare il sintomo dolore misurandolo: viene utilizzata una scala Visual Analogue Scale (VAS) a più riprese somministrata al paziente e dai risultati ottenuti si ottiene un grafico dell'andamento clinico del paziente, per i pazienti pediatrici o con deficit cognitivi si utilizza invece la scala di Wong-Baker. Sulla base dei risultati dalla prima somministrazione della scala VAS (da parte di personale infermieristico addestrato) vengono ricavate delle indicazioni per la assegnazione del codice colore di accesso al Pronto Soccorso e può già essere posto in essere un trattamento di primo livello. In ogni caso è prevista una rimisurazione "programmata" dei risultati ottenuti step by step. Per gli aspetti relativi al trattamento farmacologico, di pertinenza medica, si sono prese a riferimento le linee guida della OMS integrandole con protocolli locali già in uso da parte degli specialisti algologi coi quali si è collaborato intensamente. Si sono individuati i vari passaggi del trattamento intraospedaliero e ci si è posti come obiettivo alla dimissione l'ottenimento di valori di autovalutazione del dolore alla VAS inferiori a 3, come da linee guida internazionali. Si è prevista, per pazienti "particolarmente complessi", la possibilità di impostare alla dimissione una terapia algologia continua mediante infusor elastomerici (in linea generale nel caso di terapia con fans ed oppiacei minori in pazienti rimandati al domicilio) o pompe elettroniche PCA (nel caso di pazienti trattati con oppiacei maggiori e ricoverati), ponendo sempre in essere una dimissione protetta non solo attraverso una puntuale informazione scritta del paziente ma anche e soprattutto attraverso l'integrazione con i servizi specialistici dell'ospedale (servizio di terapia antalgica) e quelli generali del territorio (medici medicina generale, assistenza infermieristica domiciliare). Infine sono stati posti in essere accordi con la farmacia ospedaliera per il ricarico (altro centro di costo) dei farmaci utilizzati nel sistema di infusione continua domiciliare. Per gli aspetti da ultimo relativi alla gestione con sedo-analgesia dei pazienti pediatrici di età superiore ai 3 anni la procedura ha come obiettivo non solo quello di trattare il dolore incidente dei piccoli pazienti ma anche quello di rendere tutte le procedure mediche (suture chirurgiche, prelievi venosi, ecc) esenti da dolore, al tempo stesso annullando comunque limitando al massimo l'impatto emotivo della sindrome da camice bianco. A tal fine è stata prevista una serie di passaggi che vanno dalla individuazione da parte del personale infermieristico di triage dei pazienti candidabili alla procedura per presenza di indicazioni ed assenza di controindicazioni, all'ottenimento di un consenso informato scritto da parte dei genitori, alla somministrazione ancor prima dell'accesso all'ambulatorio di farmaci sedativi per os o per via

endonasale, previa indicazione medica di conferma del primo indirizzo totalmente infermieristico. Relativamente a questa nostra procedura stiamo dall'inizio del corrente anno raccogliendo dati relativi ai risultati ed al grado di "soddisfazione" espresso dagli utenti trattati, i primi risultati informali paiono comunque molto confortanti. In un bellissimo e dottissimo editoriale apparso su *Emergency Care Journal* nell' Aprile 2006 Ivo Casagrande, nell' enfasi di puntualizzare la necessità di una maggiore attenzione al problema dolore anche in Dipartimento di Emergenza ed Urgenza, cita uno scritto di attribuzione Ippocratica "*Divinum opus est sedare dolorem*"; ritengo auspicabile che a millenni di distanza dal grande maestro si possa un giorno, parafrasandolo, scrivere con piena dignità "*Humanum opus est sedare dolorem*".

La possibilità da parte degli Infermieri di essere rapidi, efficaci, ed efficienti nella lotta al dolore attraverso l'uso dei protocolli.

La professione Infermieristica ha conosciuto in questi ultimi anni rapide, profonde e tumultuose trasformazioni. Tali cambiamenti hanno riguardato sia l'aspetto formativo (percorso di Laurea) sia quello operativo (abolizione del mansionario). Il ruolo attuale degli Infermieri come professionisti autonomi dell'assistenza deve assolutamente passare attraverso la condivisione di protocolli di trattamento anche farmacologico ed in tale ottica gli aspetti assistenziali relativi al controllo del dolore ne sono un esempio eclatante. I primi trattamenti ad una persona con dolore non sono MAI di tipo farmacologico ma SEMPRE di tipo assistenziale (nursing) ed è la continuità assistenziale la spina dorsale di qualsiasi procedura che ambisca ad un minimo di efficacia. Nel contesto specifico della nostra procedura sul trattamento del dolore in emergenza urgenza tutti i trattamenti non farmacologici di primo livello sono svolti, pur nell'assoluto rispetto del protocollo operativo, in autonomia dagli Infermieri privilegiando in particolare alcuni aspetti spesso non tenuti nella dovuta considerazione benché essenziali: la relazione e l'empatia, la postura (far sedere o stendere), la ricerca di una posizione antalgica, l'applicazione di ghiaccio locale, l'immobilizzazione, la medicazione, l'irrigazione dei tessuti. La somministrazione alla persona sofferente della scheda graduata di valutazione del dolore passa attraverso una accurata ed efficace comunicazione con la stessa ed è ampiamente documentato in letteratura quanto questo strumento sia più attendibile in funzione del rapporto "fiduciario" che si sia saputo instaurare e mantenere col paziente stesso. Obiettivo di tale comunicazione rimane la presa di coscienza e la consapevolezza, da far nascere nella persona sofferente, che il successivo trattamento farmacologico dipenderà dalle stesse indicazioni che essi daranno. Andrà sottolineato come il successivo trattamento farmacologico sarà applicato seguendo evidenze cliniche internazionali, enfatizzando la presenza d'effetti collaterali crescenti con la progressione nel uso dei farmaci, mal al tempo stesso dando fiducia al paziente e proponendosi come attore insieme a lui in questo scenario: *attraverso l'operatore infermieristico avrà voce e soluzione ogni bisogno del paziente sofferente*. La rilevazione dei parametri vitali rimane base di qualsiasi attività infermieristica e nel paziente dolorante resta imprescindibile. La valutazione della scala del dolore anzi la contempla rappresentando il quinto parametro vitale. I trattamenti farmacologici devono per forza di cose essere soggetti a supervisione ed avvallo medico con la finalità di somministrare farmaci giusti, nel momento giusto al giusto dosaggio, attraverso la giusta via per essere REALMENTE efficaci nel combattere il dolore. Ancora largo spazio di proposizione e gestione autonoma dei pazienti in ambito protocollare da parte del personale infermieristico adeguatamente formato e con provata esperienza prevede la procedura di sedoanalgesia pediatrica nel contesto della quale l'infermiere si pone non solo, come sempre, a garante della applicazione pratica e della sicurezza della procedura ma anche riveste un ruolo primario nell'individuare i pazienti eligibili alla procedura stessa (per condizioni cliniche, per la presenza di indicazioni ed assenza di controindicazioni, per adeguata compliance familiare). Credo

che probabilmente il dato veramente nuovo di tutta questa procedura sia quello legato alla “prima valutazione” del paziente sofferente che viene effettuata nella maggior parte dei casi (in ambulanza o al triage) da personale infermieristico il quale, consapevole di tutto il percorso e delle sue implicazioni per primo PROPONE quel paziente come eligibile alla procedura prospettandogli un percorso di valutazione e trattamento ad hoc. La monitorazzazione temporale del sintomo dolore in relazione ai farmaci ed alle manovre di base messe in atto e dei parametri vitali viene raccolta su apposito diagramma. La raccolta di tutti i diagrammi e l’ analisi dei vari casi permetterà di misurare l’ effettiva bontà dei trattamenti e gli eventuali spazi di miglioramento.